Lane Medical Library

1891

Ein Fall von

Extrauteringraviditaet.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät

der Königl. Universität zu Greifswald

am

Donnerstag, den 26. Februar 1891

Mittags $1^1/_2$ Uhr

öffentlich vertheidigen wird

Heinrich Boedefeld

aus Westphalen.

Opponenten:

Herr cand. med. Heinrich Kalthöner.
Herr Dr. med. August Lütteken.
Herr Dr. med. Wilhelm Pajenkamp.

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1891.

Seiner lieben Mutter

und dem Andenken

seines teuren Vaters!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153715_0062

So lange die Kenntnis der Physiologie der Schwangerschaft noch mangelhaft war, konnte unmöglich eine irgendwie klare Vorstellung von den Verhältnissen der Extrauteringravidität vorhanden sein. Erst durch die richtige Deutung des Graaf'schen Follikels und die Erkennung der Befruchtungsvorgänge überhaupt kam man von Stufe zu Stufe zu einer richtigeren Vorstellung der Vorgänge bei den Extrauteringraviditäten. Deshalb sind die in der älteren Literatur veröffentlichten Angaben über diesen Punkt weder als statistisches Material zu gebrauchen, noch haben sie Wert für die jetzigen auf die wissenschaftlichen Erfahrungen der Neuzeit gegründeten Forschungen über die Ätiologie, Anatomie und Pathologie der ektopischen Schwangerschaften. Um volle Klarheit auf diesem Gebiet zu bekommen, sind daher zuerst durch Sammlung von genau beobachteten Fällen brauchbare Statistiken zu schaffen. Zu diesem Zwecke sei es mir gestattet, einen in ätiologischer Beziehung sowohl wie in seinem Verlauf äusserst interessanten Fall, der in der hiesigen Frauenklinik zur Beobachtung kam, zu veröffentlichen.

Bevor wir jedoch zur näheren Besprechung dieses Falles übergehen, dürfte es angezeigt sein, eine kurze

Schilderung der heutigen wissenschaftlichen Auffassung der Extrauteringravidität zu geben.

Was zunächst die Ätiologie anbetrifft, so steht die Thatsache allgemein fest und ist durch zahlreiche Untersuchungen und Beobachtungen ausser Zweifel gesetzt, dass die Befruchtung des Eies höchst selten im Uterus selbst, sondern schon auf dem Wege vom Ovarium bis zum Uterus stattfindet, dass also das Ei für gewöhnlich befruchtet in das cavum uteri gelangt. Wird nun das befruchtete Ei durch irgend ein Hindernis auf seinem Wege zum Uterus zurückgehalten, so kann es theoretisch genommen, sich überall dort entwickeln, wo Keimepithel vorhanden ist. Die Fortschaffung des Eies wird, da das ovulum selbst ohne Locomotionsorgane ist, ausschliesslich von den umgebenden Organen besorgt. Deshalb muss bei Störung der Eiwanderung entweder an eine Störung der bewegenden Apparate gedacht werden oder an Hindernisse, die dem Fortschreiten entgegenstehen.

Zunächst ist die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dass nach erfolgter Befruchtung des Eies, die im Follikel noch selbst stattfindet, letzterer sich selbst wieder schliesst und das ovulum sich nun im Innern des ovariums entwickelt. Ferner kann statt eines grossen Risses in der Follikelwand nur ein kleiner erfolgen und so das ovulum durch das Ausfliessen des Serum nicht weit hinaus gespült werden, sondern zurückbleiben. Ebenso braucht auch die Rissspalte

nicht immer vor dem Keimhügel zu liegen, wodurch ebenfalls der Austritt des Eies erschwert wird. Nicht undenklich ist endlich die Möglichkeit, dass auch das Sperma die dünne Follikelwand durchdringt, ohne dass es früher zu einer Berstung der letzteren kam.

Wenn auch die Beweise hierfür schwer zu erbringen sind, so liegen doch sicher beobachtete Fälle, wie der von Puech vor, die hieran keinen Zweifel lassen. Ferner ist Schröder der Ansicht, dass dadurch eine Störung im bewegenden Apparate zu stande komme, dass der Graaf'sche Follikel an einer vom Tubenende zu weit entfernten Stelle bersten könne, dass der nach der Tube hinziehende seröse Strom in der Bauchhöhle das ovum nicht mitzureissen vermöge; auch wäre nach ihm eine gewaltsame Ablenkung des ovums von der Tubenmündung durch eine zufällige Bewegung und Verlagerung der Därme zu denken.

Weitere Störungen im bewegenden Apparat sind in dem Verhalten der Tubenschleimhaut gegeben. Wenn bei puerperalen oder gonorrhoischen Tubenentzündungen das Sekret eitrig wird, so geht das Flimmerepithel an den betreffenden Stellen für immer verloren. Kommt nun ein befruchtetes Ei bis zu einer solchen Stelle, so bleibt es dort liegen und entwickelt sich unter günstigen Verhältnissen weiter. Auch Polypen der Tubenschleimhaut können ein Weiterrücken des ovulums verhindern und infolge dessen Extrauteringravidität veranlassen.

Bei weitem am häufigsten jedoch werden Extrauteringraviditäten veranlasst durch frühere Pelveoperitonitiden, durch welche Knickungen, Verzerrungen und Einschnürungen der Eileiter entstehen, so dass der Kanal dadurch stenosiert oder völlig verschlossen wird. Auch können einzelne Fimbrien mit ihrer Serosa an benachbarten Organen festwachsen und dadurch das ostium abdominale unzugänglich machen. Seitdem auf den kausalen Zusammenhang dieser beiden Affektionen aufmerksam gemacht wurde, hat man in vielen Krankheitsfällen schon bei der klinischen Untersuchung durch die Anamnese eine frühere Erkrankung an Pelveoperitonitis als wahrscheinliche Ätiologie feststellen können.

Die Entstehung einer Extrauterinschwangerschaft ist aber auch bei normalem Verhalten der bewegenden Apparate denkbar, indem das von seiner Tube aus befruchtete ovulum eine Überwanderung quer durch die Bauchhöhle vornimmt und zur andern Tubenmündung gelangend inzwischen zu gross geworden ist, um von dieser aufgenommen werden zu können.

Schliesslich kann noch als extrem seltnes Vorkommnis angeführt werden die sog. innere Überwanderung, bei welcher das befruchtete ovulum zwar durch die eine Tube in die Uterushöhle wandert, von da aber durch eine wohl nicht leicht zu erklärende Ursache in die Tube der andern Seite gelangt, wo es sich alsdann implantiert und weiter entwickelt. Ein solcher Fall ist von Wyder beobachtet worden. Der Voll-

ständigkeit halber möge noch erwähnt werden, dass nach Uterusexstirpation bei zurückgelassenen Ovarien durch Fisteln zwischen Bauchhöhle und Scheide eine Conception eingetreten ist.

Was nun die Häufigkeit der vorher angegebenen ätiologischen Momente anbelangt, so sind es, worauf schon oben hingewiesen worden ist, besonders die pathologischen Veränderungen der Eileiter, welche das Zustandekommen der Extrauteringravidität bedingen. Dafür sprechen nicht nur die von verschiedenen Geburtshelfern gemachten Beobachtungen und Befunde, sondern auch eine von Henning aufgestellte Statistik, aus welcher hervorgeht, dass die meisten Tubenschwangerschaften in demselben Alter vorkommen, in welchem auch die Tubenerkrankungen am häufigsten sind. Hennings Fälle ergeben für Tubargeschwängerte ein Alter von Jahren

bis 20 nur 2 mal
„ 30 „ 39 „
„ 40 „ 46 „
„ 50 „ 6 „
„ 60 „ 1 „

Wie sich aus den angeführten ätiologischen Momenten ergiebt, können Extrauteringraviditäten vorkommen: auf den Ovarien, in der Bauchhöhle und im Verlauf des Tubenkanales. Hieraus ergiebt sich die anatomische Einteilung in Ovarial-, Abdominal- und Tubenschwangerschaften; bei letzteren unterscheidet man wiederum je nach dem Sitz: tubrovariale, reine

tubare und tubouterine oder interstitielle Tubarschwangerschaften. Auch auf folgendes Vorkommniss möge noch hingewiesen werden: bei Tubenschwangerschaft nämlich kann die wachsende Tube sich zwischen die Ligamenta lata schieben oder es kann bei Berstung der Tube das Ei zwischen die Ligamenta treten. Diese Fälle hat man dann als intraligamentäre oder extraperitoneale Gravidität bezeichnet.

Obschon nun das Vorkommen von Ovarial- und Tubenschwangerschaften unstreitig feststeht, ist das Vorkommen von Abdominalschwangerschaften, welche früher in überwiegender Mehrzahl angenommen wurden, besonders in neuester Zeit von den verschiedensten Autoren stark in Zweifel gezogen worden. Wie speciell Litzmann und Werth an einer ganzen Anzahl von als Abdominalgraviditäten beschriebenen Präparaten nachgewiesen haben, sind dieselbe einfache Tubenschwangerschaften, und andere Fälle sind so ungenau untersucht, dass sie überhaupt nicht zu verwerten sind.

Während die Diagnose einer Extrauterinschwangerschaft beim jetzigen Stande unserer diesbezüglichen Kenntnisse kaum noch auf Schwierigkeiten stossen kann, während man ferner über den Verlauf derselben nach zahlreichen genauen Beobachtungen genau unterrichtet ist, stösst man auf grössere Schwierigkeiten bei ihrer Behandlung, die von verschiedenen Fachmännern auch verschieden geübt wird, und es ist aus diesem Grunde wohl angezeigt, auf dieses Kapitel etwas näher einzugehen.

Zweckmässig erscheint es, wenn man nach Bandl die Behandlungsweise der ektopischen Schwangerschaft trennt in die Therapie:

a. bei wenig vorgeschrittener
b. bei vorgeschrittener Schwangerschaft.
c. bei abgestorbener Frucht.
d. nach eingetretener Ruptur.

Schon von Anfang dieses Jahrhunderts an bis in die neuere Zeit hinein übte man in diesem ersten Stadium allgemein die Punktion des Fruchtsackes, allein man ist allmählich hiervon zurückgekommen, wegen der schlechten Erfahrungen, welche dabei gemacht wurden; denn nicht selten hat man tötliche Blutungen, Peritonitis und Sepsis beobachtet; auch ist durch die Punktion keine bestimmte Garantie für das Absterben der Frucht gegeben, da trotz derselben der Sack sich wieder füllte und die Frucht weiter wuchs.

Auch die von Friedreich angegebene Methode, durch Morphiuminjektionen in den Fruchtsack den Fötus zum Absterben zu bringen, ist unzuverlässig und besonders wegen einer eventuellen Anstechung des Darmes zu gefährlich.

Die besonders in Nordamerika sehr verbreitete Behandlungsweise, das Ei mittelst des elektrischen Stromes zum Absterben zu bringen, und von der die besten Resultate berichtet werden, findet in Europa, speciell in Deutschland keinen Anklang.

Seitdem die durch Veit wissenschaftlich begründete Indikation innerhalb dieser Zeit die Tubargravi-

dität operativ zu beseitigen, von den meisten Autoren anerkannt und von Schroeder besonders empfohlen ist, wird die früher mit Recht so perhorrescierte operative Elimination der Frucht, eventuell des ganzen extrauterinen Tumors, falls letzteres nicht durch Verwachsungen unmöglich gemacht wird, wohl die einzige Operation der Zukunft werden.

Verschiedener jedoch sind die Ansichten über die Therapie bei weiter vorgeschrittener Schwangerschaft. Besonders sind es hier die schwer zu bekämpfenden kolossalen Blutungen aus der Placentarstelle, welche sowohl während als auch nach der Operation für die Mutter gefährlich werden. Nach der Zusammenstellung von Campbel kam von 9 Frauen, bei denen bei lebendem Kinde die Laparotomie gemacht wurde, keine einzige mit dem Leben davon. Bessere Resultate weisen die neueren von Keller zusammengesetzten Fälle auf, wo von den 11 Müttern 4, von den Kindern 8 erhalten wurden. Nach diesen Erfolgen scheint doch ein aktiveres Vorgehen auch in diesem Stadium indiziert, besonders wenn die Lebensfähigkeit der Frucht erwiesen ist. Denn durch Unterlassen der Operation wird das Leben der Mutter nicht erkauft, dasselbe bleibt vielmehr den vielfachen schlimmen Chancen bei und nach dem Fruchttode auf im Voraus unberechenbarer Weise immer noch ausgesetzt.

Wesentlich verschieden hiervon liegen die Verhältnisse bei abgestorbener Frucht. Während man sich früher in diesen Fällen rein exspectativ verhielt

und sich auf eine Abkapselung oder Lithopädionbildung vertröstete, ist man in neuerer Zeit, besonders, da viele Fälle beobachtet wurden, wo die Sache nicht so glatt verlief, wo vielmehr die Frauen einer tötlichen Peritonitis über kurz oder lang erlagen, aus diesem exspektativen Stadium herausgetreten und hat sich mit Recht für ein operatives Vorgehen entschieden, welches am besten vorzunehmen ist, wenn man eine Verödung des Placentarkreislaufes annehmen kann, was gewöhnlich erst einige Monate nach dem Absterben der Frucht eingetreten ist. Natürlich geben jene Fälle, wo das Allgemeinbefinden der Mutter ein vollständig gutes ist, keine Veranlassung zu einem operativen Eingriff und schwerlich würden sich auch Patientinnen unter solchen Umständen zu einer eingreifenden Operation entschliessen.

Tritt jedoch im Verlaufe der Schwangerschaft der nicht so seltene Fall ein, dass der Fruchtsack zerreisst, so greift auch jetzt in Deutschland das schon länger in Amerika und England geübte aktive Eingreifen gegenüber der früher empfohlenen exspectativen Behandlung immer mehr Platz. Man wird in diesen Fällen freilich individualisieren müssen und nur bei drohender Gefahr und wenn man unter den günstigsten antiseptischen Kautelen operieren kann, durch Laparotomie und Unterbindung etc. aktiv eingreifen.

Ist die Blutung unter symptomatischer Behandlung oder spontan zum Stehen gekommen, und findet sich die Patientin wieder relativ wohl, so wäre viel-

leicht doch durch eine Operation einer Wiederholung der Blutung vorzubeugen und eventuell radikal zu operieren. Auf jeden Fall muss, sobald Anzeichen für eine Vereiterung oder Verjauchung des Fruchtsackes resp. seines Inhalts vorliegen, mit allen Mitteln, welche uns die Chirurgie an die Hand giebt, die Elimination desselben befördert werden. Die Resultate solcher in späterer Zeit operativ behandelten Fälle sind recht günstige, wie nicht nur speciell aus dem vorliegenden, sondern auch aus verschiedenen in den letzten Jahren in der hiesigen Klinik behandelten Fällen hervorgeht. Ebenso berichtet Parry, dass von 32 Fällen, wo Perforation bevorstand oder schon eingetreten war und wo nur dünne Gewebsschichten zu trennen oder schon bestehende Eitergänge zu erweitern waren, nur 3 einen letalen Ausgang nahmen, gewiss ein Resultat, welches ermutigen muss, in solchen Fällen mit einem operativen Eingreifen nicht zu warten.

Eine Bestätigung vieler hier kurz angeführter Verhältnisse und Ansichten bietet der mir vom Herrn Geheimen Medizinalrath, Professor Dr. Pernice zur Veröffentlichung gütigst überwiesene Fall, dessen Beschreibung ich hiermit folgen lassen werde.

Krankengeschichte.

Anamnese: Unsere Patientin ist die 35 Jahr alte Gr. aus Swinemünde. Dieselbe war bis zn ihrem 16. Jahre, wo sie Typhus abdominalis durchmachte, vollständig gesund; sie wurde im 13. Jahre menstruiert,

die Menstruation trat regelmässig alle 4 Wochen ein, dauerte 3—8 Tage, sie war reichlich, ohne Schmerzen und ohne Fluor. Patientin heiratete im Jahre 1874 im Alter von 19 Jahren und ist bis 1880 dreimal von lebenden Kindern entbunden. Während die beiden ersten Wochenbetten ohne Störung in normaler Weise verliefen, hat Patientin nach der Geburt im Jahre 1880 8 Wochen an Puerperalinfektion gelitten. Nach Verlauf von $^3/_4$ Jahren, während welchen die Patientin nährte, stellte sich die Menstruation wieder ein. Zwei Jahre später wurde eine Schwangerschaft im 3. Monat durch Abort unterbrochen, auf den wieder eine 7—8 Wochen dauernde Puerperalkrankeit folgte. Sechs Wochen später trat die Regel wieder ein. Hierauf trat ungefähr nach Ablauf eines Jahres ein abermaliger Abort im 3. Monat ein, gefolgt von einer 7—8 Wochen dauernden Erkrankung am Kindbettfieber. Im Jahre 1889 trat nach 2 monatlicher Schwangerschaft Abort und Kindbettfieber von 4—5 Wochen langer Dauer ein. Nach diesem Abort stellte sich nach Verlauf von 5 Wochen die Regel wieder ein und verlief regelmässig wie früher. Mitte Dezember 1889 blieb die Regel wiederum aus, auf welchen Zeitpunkt Patientin den Beginn ihrer Schwangerschaft verlegt. Während derselben litt sie viel an ziehenden Schmerzen im Schoss. Blut hat sich während der Zeit nicht gezeigt. Am 13. April 1890 wurde Patientin bei der Küchenarbeit plötzlich von heftigen Schmerzen im Unterleibe und besonders von Brustbe-

klemmung befallen. Sie fiel ohnmächtig hin und musste zu Bett getragen werden und sie bekam einen heftigen Schüttelfrost. Der hinzugezogene Arzt verordnete Eisumschläge auf den Leib, welcher schon am 1. Tage stark aufgetrieben erschien. Unter dauernder Verabreichung von Morphium liessen die Schmerzen nach. Nachdem Patientin 14 Tage lang mit Eisumschlägen behandelt war, besserte sich nach Verschwinden des Fiebers der Zustand so, dass sie am 16. Tage das Krankenbett verliess. Doch schon am 2. Abend darauf wiederholte sich bei der Arbeit ganz derselbe Zufall. Die Angehörigen bemerkten eine Leichenblässe und erst nach einer vom Arzt ausgeführten Injektion kehrte das Bewusstsein wieder. Von nun an lag Patientin bis zum October mit wechselndem, mehr oder weniger starkem Fieber krank zu Bett. Ungefähr $3^1/_2$ Wochen nach dem 2. Anfall stellte sich ein dunkelbrauner, anfangs nur wenig, später sehr übelriechender Ausfluss aus den Geschlechtstheilen ein. Derselbe nahm auch allmählich an Menge zu. Mit dem Beginn des Ausflusses fällt auch der Abgang eines häutigen Fetzens von ungefähr Handtellergrösse zusammen. In der Zeit von April bis Juni war der Ausfluss abwechselnd mehrere Tage lang blutuntermischt. Ende Juni steigerte sich das Fieber zu besonderer Höhe, der Kräftezustand der Frau war sehr gesunken, damals wurde in Chloroformnarkose eine Operation ausgeführt. Es wurde von der Scheide aus eine Eröffnung der Eiterhöhle

gemacht mit 2, wie Patientin angiebt, kreuzweise angelegten ungefähr 4 cm langen Schnitten, worauf sich ein halber Eimer übelriechender Eiter entleerte. Drei Tage nach der Operation wurde ein Gummischlauch in die Höhle gelegt und durch diesen desinficirende Ausspülungen gemacht. Bei einer der ersten wurde in toto ein völlig in Verwesung übergegangenes Kind durch die Incisionsöffnung ausgestossen. Bis zum Oktober wurden die Carbolausspülungen durch den Schlauch mehrmals täglich wiederholt, wobei fortwährend kleinere Mengen geronnenen Blutes abgingen. Anfang Oktober verliess Patientin nach Herausnahme des Schlauches das Bett.

Ihr Allgemeinbefinden besserte sich zusehends; sie lernte wieder stehen und gehen. Der Ausfluss blieb jedoch bestehen. Patientin machte sich selbst täglich zweimal Carbolausspülungen der Scheide.

Nach dem Oktober hat sich die Regel dreimal eingestellt, welche die beiden ersten Male in einem Abstand von 1 Monat und von 8tägiger Dauer verlief. Das 3. Mal jedoch trat dieselbe schon nach 14 Tagen ein.

Status praesens.

Patientin ist mittelgross, kräftig gebaut, ihr Ernährungszustand ist leidlich, die Farbe etwas blass, der Appetit ist gut, Stuhlgang und Urin normal.

Sowohl beim Gehen als auch in ruhiger Rückenlage entleert sich aus den Geschlechtsteilen ein stark jauchig stinkender Eiter von graugelber Farbe und

mit wenigen kleinen Blutgerinseln untermischt. Die Menge ist reichlich, der Bauch ist nicht aufgetrieben, die Bauchhaut schlaff und leicht eindrückbar. Man fühlt drei Finger unterhalb des Nabels in der Bauchhöhle eine feste Masse, welche sich nach links von der Linea alba nur einige Centimeter erstreckt, dagegen die rechte untere Bauchgegend fast ganz ausfüllt. Die Grenzen sind jedoch undeutlich; seitlich ragt die Masse um 3 cm höher als in der Linea alba. Bimanuell fühlt man die von aussen abzutastende Geschwulstmasse fest am Uterus adhärent und mit diesem etwas verschieblich. Der Uterus liegt anteflectiert; im Speculum sieht man rechts von der Portio im Scheidengewölbe Entleerung von Eiter. Dies ist die zusammengeschrumpfte Incisionsstelle. Eine Sonde kann bequem in das Loch eingeführt werden und dringt beim Senken des Griffes ungefähr 9 cm weit in eine Höhle. Drehungen der gebogenen Sonde sind nur in einem Winkel von ungefähr 90° möglich. Die Wandungen der Höhle leisten der Sonde einen mässig festen Widerstand.

Diagnose: Durch Verjauchung und Ausstossung einer extrauterinen Frucht entstandene, in die Vagina Eiter absondernde Höhle.

Am 7. Januar 1891 wird die Incisionsstelle im Simon'schen Speculum eingestellt und ein mitteldicker Laminariastift in dieselbe eingelegt; davor leichte Tamponade von Jodoformgaze. Im Laufe des Tages und der nächsten Nacht klagt Patientin sehr über

Drängen nach unten und Ziehen im Kreuz; abends erhielt sie ein Morphiumsuppositorium.

Am 8. Januar wird der Laminariastift entfernt, worauf sich eine reichliche Menge stinkenden Eiters entleert. Der Katheder kann jetzt mit Leichtigkeit in die Höhle 7— 8 cm weit eingeführt werden. Die Spitze stösst auf ziemlich feste Wandungen.

Seitliche Excursionen mit dem Katheter lassen sich nur in beschränktem Masse ausführen. Nach Ausspülung der Höhle mit abgekochtem Wasser, wobei sich viele kleine Blutcoagula und Fibringerinsel entleeren, wird ein dickerer Laminariastift eingelegt und ein dünner Jodeformgazestreif davor gelegt. Im Laufe des Tages sind die Beschwerden gering; am 9. Januar entleert sich nach Entfernung des Stiftes massenhaft Eiter. Nach einer gründlichen Ausspülung wird ein Jodoformgazestreifen durch die Höhlenöffnung eingeführt. Am 10. Januar Ausspülung und Tamponade mit Jodoformgaze. Am 11. Januar ist eine bedeutende Abnahme der Eiterung zu konstatieren. Bis zum 16. Januar wird diese Behandlungsweise fortgesetzt. Am 16. Januar wird wiederum ein Laminariastift eingelegt, nach dessen Entfernung am 17. Januar sich wiederum eine grössere Menge stinkender Substanz im Spülwasser entleerte. Ebenso war am 18. Januar, wo ein gefenstertes, gebogenes Metallrohr in die Höhle eingelegt wurde, die Eiterabsonderung noch sehr reichlich. Durch das Metallrohr wurde ein permanenter Abfluss des Eiters geschaffen, so dass

am 23. Januar eine bemerkbare Verkleinerung der Höhle konstatiert werden konnte. Ebenso ist die Masse und der Geruch des Ausflusses bedeutend geringer geworden. Da sich Patientin bedeutend wohler fühlt, wird sie am 23. Januar auf ihren Wunsch hin entlassen.

Wir haben es in unserem Falle mit einer Frau zu thun, welche nach ihrer dritten normalen Geburt ein schweres Wochenbettfieber durchgemacht hatte. Die Folge hiervon war eine ganze Reihe von Aborten, begleitet von 7—8 Wochen andauernden schweren Puerperalinfektionen, so dass man sich in der That wundern muss, wie diese Frau diese Beschwerden so lange Zeit hat aushalten können. Dass nach so zahlreichen, schweren Insulten, welche die zarten Gebilde des weiblichen Genitalapparates getroffen, genug Residuen zurückgeblieben sind, welche das Zustandekommen einer Extrauteringravidität begünstigen mussten, liegt klar auf der Hand, über die Art der Extrauteringravidität in diesem unsern Falle lässt sich jedoch wenig Sicheres sagen. Die Ätiologie und die Symptome lassen noch am ehesten eine Tubergravidität vermuten, was ja auch der Henningschen Statistik entspricht.

Was die Prognose anbetrifft, so ist anzunehmen, dass besonders bei richtiger Behandlung die Abscesshöhle sich schliessen wird. Aber trotzdem wird die Frau unter den gewöhnlichen Folgen der Pelveoperitonitiden zu leiden haben. Auch ist nicht mit Sicher-

heit auszuschliessen, dass gelegentlich unter gegebenen Umständen eine Exacerbation eintreten werde.

Zum Schluss sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimen Medizinalrat, Professor Dr. Pernice für Überweisung der Arbeit, sowie für die gütige Unterstützung bei derselben meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Schröder: Lehrbuch der Geburtshülfe.

Bandl: Krankheiten der Tuben.

Werth: Beiträge zur Anatomie und zur operativen Behandlung der Extrauterinschwangerschaft.

Archiv für Gynäcologie. Bd. XXVIII und XVIII.

Real-Encyclopädie von Eulenburg Bd. VII.

Lebenslauf.

Heinrich Boedefeld, kath. Confession, Sohn des verstorbenen Gutsbesitzers Meinhold Boedefeld und dessen Ehefrau Elisabeth geb. Kompernass, wurde geboren am 17. November 1861 zu Berninghausen in Westfalen. Den ersten Unterricht genoss er in der Elementarschule seiner Heimat; dann besuchte er die Rektoratsschule zu Nieder-Marsberg, später das Gymnasium zu Brilon, welches er Ostern 1883 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Sommersemester 1883 studirte er in Würzburg, darauf bis Sommersemester 1885 incl. in Münster klassische Philologie. Im Wintersemester 1885/86 genügte er in München beim 2. Infanterie-Regiment seiner halbjährigen Militärpflicht. Vom Wintersemester 1885/86 bis Sommersemester 1887 studierte er in München Medizin, Wintersemester 1887/88 in Leipzig und darauf in Greifswald, wo er am 11. Februar 1891 die ärtzliche Prüfung und am 19. Februar das tentamen rigorosum bestand.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten, denen er an dieser Stelle seinen aufrichtigen Dank ausspricht:

In Würzburg.

Kirschkamp.

In Münster.

Diekamp, Hagemann, Iostes, Lange, Nichues, Stahl, Stork.

In München.

v. Beyer, Kuppfer, Rüdinger, v. Voit.

In Leipzig.

Hoffmann, Köllicker.

In Greifswald.

Arndt, Grawitz, Helferich, Hoffmann, Krabler, Löffler. Mosler, Peiper, Pernice, v. Preuschen, Schirmer, Schulz, Strübing.

Thesen.

I.

Bei graviditas extrauterina ist die Laparotomie möglichst frühzeitig indiziert.

II.

Bei der Desinfection der Hände ist auf die mechanische Reinigung durch Bürsten das grösste Gewicht zu legen.

III.

Bei Hasenscharten ist eine sofortige Operation vorzunehmen.